

Praxisklinik Herz und GefäÙe

Kardiologie • Angiologie • Radiologie • Nuklearmedizin
AKADEMISCHE LEHRPRAXISKLINIK DER TU DRESDEN



Medizinisches Versorgungszentrum

Ärztlicher Leiter: Prof. Dr. med. Stefan G. Spitzer

Katheterlabor

Heinrich-Cotta-StraÙe 12, 01324 Dresden

Tel.: 0351 8064-515

Fax: 0351 8064-512

Leitung: Prof. Dr. med. habil. Gregor Simonis

Ambulanz: 0351 8064-0

Invasive Rhythmologie: 0351 8064-542

Nuklearmedizin: 0351 8064-505

Radiologie: 0351 8064-243

**ANMELDEBOGEN
KATHETERUNTERSUCHUNG**

Patientendaten

Name _____

Vorname _____

geboren am _____

Wohnort _____

StraÙe _____

Tel. _____

Krankenkasse _____

Überweisender Arzt (Anschrift, Tel.)

Hausarzt (Anschrift; Tel.)

Überweisung

ambulant stationär

Patient ist bereits in folgenden Versorgungsprogrammen eingeschrieben

DMP KHK CARDIO INTEGRAL

CARD. I. V. _____

Indikation

KHK Z. n. Bypass-OP am _____

Vitium Z. n. PTCA am _____

pAVK Sonstiges _____

KHK

Angina pectoris seit _____

stabil im CCS-Stadium _____

instabil im Braunwald-Stadium _____

atypisch

frischer Myokardinfarkt (< 4 Wochen)

STEMI NSTEMI

Sonstiges

Herzinsuffizienz seit _____

aktuell im NYHA-Stadium _____

bekannte COPD

bekannte chronische Bronchitis

Risikofaktoren

arterielle Hypertonie Fettstoffwechselstörung

Diabetes mellitus Nikotinabusus

insulinpflichtiger Diabetes positive Familienanamnese



Sonstiges

- Hyperthyreose Körpermasse (kg) _____
 Kontrastmittelallergie Körpergröße (m) _____
 Sonstiges _____

Laborwerte (SI-Einheiten)

Abnahme vom _____

- | | | |
|---------------------|-----------------|--------------------|
| Hb _____ | Hk _____ | Thrombozyten _____ |
| Kalium _____ | TSH _____ | Kreatinin _____ |
| INR _____ | Quick _____ | PTT _____ |
| Leukozyten _____ | | |
| ggf. Troponin _____ | ggf. CKMB _____ | |

Derzeitige Medikation (niedermolekulares Heparin bitte > 24 Stunden vor dem Untersuchungstag pausieren; Metformin 1-2 Tage vor der Untersuchung absetzen)

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| 3. _____ | 6. _____ |

Belastungs-EKG

vom _____

Abbruch bei _____ Watt wegen:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Angina pectoris | ab _____ Watt |
| <input type="checkbox"/> ST-Strecken-Senkung | um max. _____ mV in Ableitungen _____ |
| <input type="checkbox"/> ST-Strecken-Hebung | um max. _____ mV in Ableitungen _____ |
| <input type="checkbox"/> Dyspnoe | <input type="checkbox"/> pathologischer RR-Anstieg |
| <input type="checkbox"/> Ausbelastung | <input type="checkbox"/> Auftreten eines LSB |
| <input type="checkbox"/> muskulärer Erschöpfung | <input type="checkbox"/> Absoluta/ SES/ VES |
| <input type="checkbox"/> Beiner müdung | <input type="checkbox"/> Salven (max. _____ er) |
| <input type="checkbox"/> sonstige Abbruchgründe _____ | |

Erweiterte Ischämiediagnostik

Bitte folgende Unterlagen beifügen:

- Unterschriebene Patienteneinwilligungserklärung
- Befundberichten von u. a. Myokardszintigrafie, Stressechokardiografie, Stress-MRT

	Ergebnis			
	unauffällig	suspekt	pathologisch	Vitalitätsnachweis
<input type="checkbox"/> Myokardszintigrafie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Stressechokardiografie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Stress-MRT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Der Patient ist aufgeklärt und hat die Einwilligungserklärung unterschrieben.

_____ Datum _____ Unterschrift und Stempel des Arztes _____ Telefonnummer der Praxis